

# INVOEREN VAN PREVENTIE IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

## Resultaten van een praktijkproject

S. MENNES, B. SCHOOLMEESTERS, B. SCHOENMAKERS

### ACHTERGROND

In verschillende landen zette men reeds de stap naar een georganiseerd preventieconsult. In België werd in 2010 de Gezondheidsgids van Domus Medica als praktijkinstrument voorgesteld. Duidelijke ondersteunende richtlijnen voor het invoeren van preventie op praktijkniveau ontbreken echter.

### DOELSTELLING

Implementeren van een wetenschappelijk onderbouwde preventieraadpleging in een huisartsenpraktijk.

### METHODE

Aan de hand van een vragenlijst werd voor iedere deelnemer een individueel preventieplan opgesteld. Dit preventieplan werd op een aparte raadpleging met de patiënt besproken. Na afloop van ieder preventieconsult vulde de arts een specifiek evaluatieformulier in betreffende het verloop en de resultaten van het preventieconsult. De resultaten en bevindingen uit het onderzoek werden getoetst aan de literatuur.

### RESULTATEN

Bij 89 patiënten werd een preventieplan uitgevoerd. Het evalueren van de vragenlijst en voorbereiden van de preventieraadpleging door de arts duurde gemiddeld 14 minuten per patiënt, de preventieraadpleging zelf gemiddeld 26 minuten. Gezondheidsindicatoren waarvoor reeds een project werd gerealiseerd in de praktijk, bereikten goede scores voor hun doelstellingen. Na afloop van deze studie bleken gegevens in het elektronisch medisch dossier (EMD) meer volledig en correct ingevuld te zijn.

### BESLUIT

Implementatie van preventie zoals voorgesteld in dit onderzoek lijkt effectief, zowel voor het oppuntstellen van de individuele patiënt als voor het op orde stellen van het EMD. Hier staat wel een belangrijke tijdsinvestering tegenover.

S. Mennes was huisarts in opleiding tijdens het onderzoek, KU Leuven; B. Schoolmeesters is huisarts in Gelrode en praktijkopleider; B. Schoenmakers is huisarts in Leuven en is verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.

Correspondentie: [mennes.stijn@gmail.com](mailto:mennes.stijn@gmail.com)

Belangenvermenging: geen

Dit artikel is gebaseerd op de ManaMa-thesis van S. Mennes.

**Mennes S, Schoolmeesters B, Schoenmakers B. Invoeren van preventie in de huisartsenpraktijk. Resultaten van een praktijkproject. Huisarts Nu 2013;42:245-7.**

## INLEIDING

De huisarts beschikt over een unieke positie wat preventie betreft. Twee derde van de bevolking consulteert zijn huisarts minstens één keer per jaar en 90% minstens één keer per vijf jaar.<sup>1</sup> Zowel de arts als de patiënt verkiezen om preventieve maatregelen te bespreken tijdens een afzonderlijk consult.

### WAT IS GEKEND?

Implementeren van preventie is tijds- en arbeidsintensief.

Bovendien moet men steeds rekening houden met een belangrijke preventieparadox: patiënten met het meeste baat bij preventie worden weinig of niet bereikt.

### WAT IS NIEUW?

Praktijkprojecten verhogen de kwaliteit van zorg voor de betreffende praktijk.

Gestructureerd invoeren van preventie leidt tot oppuntstelling van het preventiebeleid bij de patiënt en vervollediging van het elektronisch medisch dossier.

Om preventie om te vormen naar een continu proces kan men gebruikmaken van een aangepaste vervolgvragenlijst.

Bovendien blijken patiënten hierdoor het preventieadvies van hun arts beter op te volgen.<sup>2</sup>

In België werd in 2010 de Gezondheidsgids van Domus Medica ter ondersteuning van een preventieraadpleging voorgesteld.<sup>3</sup> Richtlijnen voor het invoeren van preventie op praktijkniveau ontbreken echter.

In dit praktijkproject wordt de tijdsbesteding voor het voorbereiden en uitvoeren van een preventieraadpleging nagegaan, worden gegevens uit de preventieraadpleging geëvalueerd en wordt de implementatie van preventie onder de loep genomen.

## METHODE

Voor onze landelijke groepspraktijk in Vlaams-Brabant werkten we een preventieve raadpleging uit. Alle patiënten tussen 45 en 59 jaar konden deelnemen. Aan de hand van een vragenlijst werd voor iedere deelnemer een individueel preventieplan opgesteld dat op een aparte preventieraadpleging met de patiënt besproken werd.

De gebruikte vragenlijst was een uitbreiding op deze van de Gezondheidsgids van Domus Medica.<sup>3</sup> Enkele onderwerpen werden uitgebreider bevraagd, met als doel evaluatie op voorhand te faciliteren. Verder werden enkele moeilijker bespreekbare of vaak vergeten onderwerpen toegevoegd: osteoporose, plasproblemen, gebruik van slaap- en kalmeermiddelen en medicatie.

Daarnaast werd een prospectief observationeel onderzoek uitgevoerd. Patiënten werden op twee manieren gerekruteerd voor het onderzoek: passief via affiches en infobrochures en actief door hun arts tijdens de raadpleging (opportunistische screening). Aan geïnteresseerde patiënten werd gevraagd een vragenlijst in te vullen. Na evaluatie van de ingevulde vragenlijst door een arts werd de patiënt telefonisch uitgenodigd voor eventuele bijkomende onderzoeken (bv. labo) door een verpleegkundige.

**Tabel: Percentage behaalde doelstellingen voor verschillende gezondheidsindicatoren in de praktijk ten opzichte van de Vlaamse populatie.<sup>5</sup>**

		Praktijk	Vlaanderen
Vaccinatiegraad Tetanus	45-54 jaar	79,7%	66,8%
	55-64 jaar	72,0% <sup>a</sup>	47,1%
Uitstrijkje <3 jaar	45-49 jaar	66,7%	68,6%
	50-54 jaar	77,3%	70,1%
	55-59 jaar	93,3%	48,3%
Mammografie <2 jaar	50-54 jaar	89,5%	73,2%
	55-59 jaar	93,3%	73,2%
35,0% iFobt <2 jaar <sup>b</sup>	50-54 jaar	22,7%	5,5%
	55-59 jaar	35,0%	4,7%

<sup>a</sup> Vaccinatiegraad voor tetanus onder de deelnemende patiënten van 55 tot en met 59 jaar.

<sup>b</sup> In Vlaanderen is er voor darmkankerscreening nog geen veralgemeend bevolkingsonderzoek. In 2011 werd in de regio Hageland, waar dit onderzoek werd uitgevoerd, een proefproject voor darmkankerscreening uitgevoerd. Dit kan het grote verschil in percentage patiënten waarbij een iFobt-test minder dan twee jaar geleden is in de praktijk in vergelijking met de Vlaamse populatie, deels verklaren.

De preventieraadpleging bij de arts werd minstens tien dagen na de onderzoeken gepland. Tijdens de preventieraadpleging werd de vragenlijst met de patiënt overlopen, werden de resultaten van de onderzoeken besproken en werd een preventief klinisch onderzoek uitgevoerd. Tot slot werd samen met de patiënt een verdere planning opgesteld. Na afloop van ieder preventieconsult vulde de arts een evaluatieformulier in over het verloop en de resultaten van het preventieconsult.

## RESULTATEN

### Onderzoekspopulatie

In totaal kwamen 1037 patiënten in aanmerking voor een preventieve raadpleging (18,9% van de actieve patiëntenpopulatie in de praktijk); 89 patiënten (8,6%) namen deel aan het preventieproject.

### Tijdsbesteding

Het evalueren van de vragenlijst en voorbereiden van de preventieraadpleging door de arts duurde gemiddeld 14 minuten per patiënt (range: 6-35; standaarddeviatie: 4,9).

De preventieraadpleging zelf duurde gemiddeld 26 minuten (range: 8-45; standaarddeviatie: 9,4).

### Preventieraadpleging

Geen enkele deelnemer had een verhoogd cardiovasculair risico. Tien patiënten (11%) waren actief roker op het moment van deelname, maar slechts twee van hen stonden correct als roker in het elektronisch medisch dossier (EMD) genoteerd. Bij 73 deelnemende patiënten (82%) was geen rookstatus aangegeven in het EMD.

De vaccinatiestatus voor tetanus was bij 78% van de deelnemende patiënten in orde bij aanvang van het onderzoek. Screening voor baarmoederhalskanker en borstkanker stond op punt bij respectievelijk 79% en 91% van de deelnemende vrouwen. 41 deelnemers kwamen in aanmerking voor een iFobt-test; bij 27 (66%) van deze patiënten was deze test meer dan twee jaar geleden of nog nooit uitgevoerd.

## BESPREKING

### Tijd voor een preventieraadpleging

De duur voor het voorbereiden en bespreken van een preventieraadpleging is sterk afhankelijk van de patiënt en de volledigheid van het EMD. Dat de preventieraadpleging zelf veel tijd in beslag neemt, is niet verwonderlijk. De arts bespreekt vaak heel wat onderwerpen, voert een klinisch onderzoek uit en stelt samen met de patiënt een verdere planning op.

Verder suggereert eerder onderzoek dat iets meer dan de helft van de patiënten naast het bespreken van de vragenlijst nog andere verwachtingen heeft. Bijna een op vier patiënten vraagt om voorschriften. Daarnaast worden tijdens bijna een vierde van de preventieconsulten bijkomende acute of minder acute problemen besproken.<sup>4</sup>

### Effect van praktijkprojecten

Gezondheidsindicatoren waarvoor eerder een project werd gerealiseerd in de praktijk, bereikten steeds goede percentages voor hun doelstellingen. De percentages liggen eveneens hoger dan de gemiddelden voor de Vlaamse bevolking.<sup>5</sup> In de tabel worden de gegevens vergeleken.

Praktijkprojecten blijken dus een kwaliteitsbevorderende invloed te hebben op de praktijk in kwestie; bovendien persisteert dit effect in de tijd.

Na afloop van deze studie bleken gegevens in het EMD meer volledig en correct ingevuld te zijn.

### Implementatie van preventie

Om preventie in de huisartsenpraktijk gestructureerd in te voeren moet op voorhand voldoende tijd geïnvesteerd worden in de uitwerking van een plan op praktijkniveau. Inhoudelijk moet men streven naar een praktijkrichtlijn die wetenschappelijk onderbouwd is, maar waarin iedere arts zich toch kan vinden. Het is aan te raden om een van de artsen in de praktijk verantwoordelijk te stellen voor het begeleiden en delegeren van het preventieproject.<sup>3,6</sup>

Bovendien lijkt de hulp van een verpleegkundige bij de administratieve en medisch-technische taken noodzakelijk om preventieconsulten op lange termijn haalbaar te houden.

Om preventie om te vormen naar een continu proces werd een vervolgvragenlijst uitgewerkt, die vooral peilt naar veranderingen sinds het invullen van de laatste vragenlijst.

### Preventieparadox

In onze studie lijken patiënten in sommige opzichten gezonder dan in de algemene Vlaamse populatie (o.a. lage cardiovasculaire risicoscores, laag percentage rokers).<sup>5</sup> Dit bevestigt de 'preventieparadox': patiënten met het meeste baat bij preventie worden weinig of niet bereikt.<sup>7</sup>

### Nut van georganiseerde preventieraadpleging

Over de verschillende preventieve acties afzonderlijk bestaat veel wetenschappelijke evidentie en ondersteuning. Over het combineren van dergelijke acties in één raadpleging en het effect hiervan is weinig bekend. Een recente Cochrane review kon voor een preventieraadpleging geen reductie op overlijden door cardiovasculaire aandoeningen of kanker op lange termijn vaststellen.<sup>8</sup>

### Beperkingen van het onderzoek

Er werd gekozen voor opportunistische screening om de tijdsinvestering en werkdruk voor de deelnemende artsen te beperken. Een alternatieve wijze van uitnodigen leidt waarschijnlijk tot een groter deelnamepercentage.

Er werd niet nagegaan of implementatie van preventie zoals hier toegepast de gezondheid van de patiënt verbetert.

### BESLUIT

Implementatie van preventie zoals voorgesteld in dit onderzoek lijkt effectief, zowel voor het oppuntstellen van de individuele patiënt als voor het op orde stellen van het EMD. Hier staat wel een belangrijke tijdsinvestering tegenover.

### Literatuur

- 1 Brotons C, Björkelund C, Bulc M, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005;40:595-601.
- 2 Dubey V, Mathew R, Iglar K, Moineddin R, Glazier R. Improving pre-

ventive service delivery at adult complete health check-ups: the Preventive health Evidence-based Recommendation Form (PERFORM) cluster randomized controlled trial. *BMC Family Practice* 2006;7:44.

- 3 Baeten R, Govaerts F, Jacobs L, et al. Gezondheidsgids. Handleiding voor preventie in de huisartsenpraktijk (laatste update december 2011). [www.domusmedica.be](http://www.domusmedica.be)
- 4 Tratsaert E. Implementatie van de Gezondheidsgids van Domus Medica in de praktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde. Universiteit Gent; 2012.
- 5 Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête door middel van interview België 2008 – Rapporten. [www.gezondheidsenquête.be](http://www.gezondheidsenquête.be)
- 6 McBride P, Underbakke G, Plane MB, et al. Improving prevention systems in primary care practices. The Health Education and Research Trial (HEART). *J Fam Pract* 2000;49:115-25.
- 7 Ganguli M, Lytle ME, Reynolds MD, Dodge HH. Random versus volunteer selection for a community-based study. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 1998;53: M39-46. Epub 1998/02/19.
- 8 Krogstøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD009009. DOI: 10.1002/14651858.CD009009.pub2.

## IMPLEMENTATIE VAN DE PREVENTIEMODULE IN DE PRAKTIJK

### Hoe denkt de patiënt hierover?

C. FEYS, J. FOUVRY, B. SCHOENMAKERS

#### SAMENVATTING

Uit dit onderzoek blijkt dat de patiënten die naar aanleiding van een GMD+-oproepbrief naar de preventieraadpleging kwamen, vooral niet-rokers en gezonde eters waren en dat ze een hogere kans hadden op coloncarcinoom.

Bijna alle deelnemers aan deze raadpleging kozen voor een jaarlijkse opvolging ervan. Ruim twee derde gaf aan een verandering van levensstijl te overwegen. De drempels voor patiënten om naar een preventieraadpleging te komen bleken hoog, de tijdsinvestering voor de arts was aanzienlijk en het effect van de adviezen was niet steeds duidelijk.

J. Fouvry was huisarts in opleiding ten tijde van het onderzoek en is nu huisarts in Vleteren.

C. Feys was huisarts in opleiding ten tijde van het onderzoek en is nu huisarts in Roeselare.

B. Schoenmakers is huisarts in Leuven en verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.

Correspondentie: Birgitte.schoenmakers@med.kuleuven.be

Belangenvermenging: geen

Dit artikel is gebaseerd op de ManaMa-thesis van J. Fouvry en C. Feys.

**Feys C, Fouvry J, Schoenmakers B. Implementatie van de preventiemodule in de praktijk. Hoe denkt de patiënt hierover? *Huisarts Nu* 2013;42:247-9.**

### INLEIDING

Primaire preventie krijgt een steeds belangrijkere plaats in de gezondheidszorg. De sleutelpositie die aan huisartsen wordt toegekend, blijkt in de praktijk moeilijk te vervullen.

Met de Gezondheidsgids heeft Domus Medica een instrument klaar dat de huisarts helpt om samen met de patiënt een op het lijf geschreven preventieplan op te stellen.<sup>1,2</sup> Dit sluit aan bij initiatieven die ook in andere landen startten en waarbij de huisarts een centrale rol kreeg toebedeeld in de organisatie van primaire preventie.<sup>3,4</sup>

We vroegen ons af hoe de implementatie van dergelijke preventiemodule (die nu recent ondersteund werd door de goedkeuring van het GMD-plus) verloopt en wat de respons van de patiënt hierop is. We wilden ook graag de mening van de patiënt hieromtrent kennen.

### METHODE

Voor een prospectief observationeel implementatieonderzoek werden 385 patiënten tussen 45 en 75 jaar met een GMD en zonder gedocumenteerde morbiditeit in twee groepspraktijken geïncludeerd. Chronische zieken en RVT-patiënten waren uitgesloten. Deze patiënten kregen een vragenlijst toegestuurd op basis van de Gezondheidsgids en uitgenodigd voor een preventieraadpleging. Wie niet koos voor een raadpleging, kon de vragenlijst ingevuld terugsturen. Enkel wie op consultatie kwam, kon deelnemen aan de tevredenheidsenquête.

### RESULTATEN

#### Vragenlijst

Van de aangeschreven patiënten stuurden er 136 (35%) de vragenlijst terug. Twee derde waren vrouwen, 40% bedienden en